

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N^o

506

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 12 juillet 1899, à 1 heure

Par PIERRE LE BIGOT

Né à Plouha (Côtes-du-Nord), le 15 décembre 1872.

DE L'INFLUENCE

DU

CHANCRE SYPHILITIQUE DU COL DE L'UTÉRUS

SUR L'ACCOUCHEMENT

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. LANNELONGUE, professeur.

LEJARS et VARNIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 12 juillet 1899, à 1 heure

Par PIERRE LE BIGOT

Né à Plouha (Côtes-du-Nord), le 15 décembre 1872.

DE L'INFLUENCE

DU

CHANCRE SYPHILITIQUE DU COL DE L'UTÉRUS

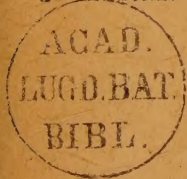
SUR L'ACCOUCHEMENT

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. LANNELONGUE, professeur.

LEJARS et VARNIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M.		BROUARDEL.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		N.....
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale.....		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		BERGER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LEDENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchement.....		BUDIN.
		PINARD.
Agrégés en exercice.		
MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	ROGER.
ALBARRAN.	GILLES DE LA TOURETTE.	SEBILEAU.
ANDRÉ.	HARTMANN.	TEISSIER.
BONNAIRE.	LANGLOIS.	THIERY.
BROCA Auguste.	LAUNOIS.	THIROLOY.
BROCA André.	LEGUEU.	THOINOT.
CHARRIN.	LEJARS.	Vaquez.
CHASSEVANT.	LEPAGE.	VARNIER.
DELBET.	MARFAN.	WALLICH.
DESGREZ.	MAUCLAIRE.	WALTHER.
DUPRÉ.	MENETRIER.	WIDAL.
FAURE.	MERY.	WURTZ.
Chef des travaux anatomiques.....		M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON CHER AMI LE D^r R. VIOLLE

Médecin des Colonies.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. PINARD,

Professeur de Clinique d'accouchement à la Maternité Baudelocque,

Membre de l'Académie de médecine,

Chevalier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Le col utérin à l'état normal a une longueur de 25 à 30 millimètres. Il est divisé en deux portions l'une, sus-vaginale, a une étendue de 15 à 20 millimètres; l'autre vaginale est la plus courte et ne compte que un centimètre environ : on l'appelle également museau de tanche. Celui-ci a une couleur rosée, une consistance ferme et élastique. Le col se ramollit progressivement pendant la grossesse de façon à permettre à la dilatation de s'opérer au moment du travail. Mais certaines causes peuvent empêcher ce ramollissement et produire une induration telle que la longueur du travail est notablement augmentée.

C'est ainsi, que durant notre séjour à la Clinique Baudelocque, il nous a été donné de voir une femme qui resta en travail pendant cinquante-quatre heures. Cette femme portait un chancre syphilitique au niveau du col utérin. Nous avons été étonné de la rigidité que pro-

voquait cette affection heureusement rare. Nous avons suivi cette femme avec le plus grand intérêt. M. le professeur Pinard ayant fait une leçon clinique sur ce sujet, l'idée nous vint de prendre cette observation comme sujet de thèse inaugurale. Nous en parlâmes à M. le docteur Funck-Brentano, chef de clinique du professeur Pinard. Il nous engagea à rechercher les observations déjà parues, et à prendre dans la leçon de M. Pinard les éléments de notre thèse.

Nous essayerons donc d'étudier les lésions chancreuses du col de l'utérus au point de vue exclusif de leur influence sur la marche de l'accouchement. Après avoir exposé les observations, nous verrons quels sont les symptômes qui permettent de déceler l'affection. Nous nous occuperons ensuite d'en faire connaître le diagnostic et le pronostic. Enfin quelques pages sur le traitement termineront ce modeste travail.

Avant d'entreprendre cette étude nous tenons à adresser tous nos remerciements à M. le professeur Pinard pour la bienveillance qu'il nous a toujours montrée. Qu'il reçoive ici un témoignage de notre gratitude pour le soin qu'il a apporté à notre instruction obstétricale, en mettant à notre disposition sa science et sa longue expérience, en nous faisant « étudier l'art des accouchements dans le livre de la nature », selon sa propre expression. Nous sommes heureux de pouvoir nous inscrire au nombre de ses élèves qui ont suivi avec assiduité ses cours à la Clinique Baudelocque. Nous le remercions également de nous avoir fait l'honneur de présider notre thèse.

Qu'il nous soit aussi permis de remercier tous nos maîtres dans les hôpitaux, et particulièrement MM. les docteurs Mercklen et Ferrand, dont nous nous souviendrons toujours des bonnes leçons reçues pendant les trop courts instants que nous avons pu passer dans leurs services.

Nos premiers maîtres de l'École de médecine navale de Brest ont droit également à toute notre reconnaissance. Ce sont eux qui ont guidé nos premiers pas dans la médecine et qui nous ont appris à toujours traiter les malades avec douceur.

DÉFINITION

Sous l'influence des contractions utérines fréquentes et vigoureuses, le col utérin normal s'efface peu à peu, puis se dilate afin de laisser passer la partie fœtale qui se présente.

« Si la portion du col qui doit s'effacer est atteinte d'une maladie qui l'empêche de subir cette extension, il en résultera que le passage de la partie fœtale en deviendra extrêmement difficile, quelquefois impossible, ou que, si les contractions du corps, les douleurs de l'enfantement surmontent l'obstacle, ce sera au prix d'accidents qui peuvent compromettre l'existence de la femme. Ainsi, par exemple, une induration du col par suite de métrite chronique simple ou spécifique peut amener ce résultat. On reconnaît que le col ne cède pas aux contractions du corps si, au lieu de se ramollir, de s'effacer complètement, il reste cylindrique, dur, devient sensible, s'entr'ouvre difficilement, incomplètement, et résiste, même après la rupture des mem-

branes, aux pressions qu'exerce sur lui la tête fœtale. » (Stoltz, art. Dystocie. Dictionnaire Jaccoud),

Certains auteurs distinguent trois variétés de rigidité :

- 1° Rigidité anatomique ;
- 2° Rigidité spasmodique ;
- 3° Rigidité pathologique.

Plusieurs accoucheurs de mérite tels que Barnes, Doléris, Pinard, Wallich n'admettent pas la rigidité anatomique. Doléris s'appuie sur ce fait que dans les cas décrits par les auteurs les cols étaient malades ou bien transformés pendant le travail par la marche lente de l'accouchement.

Toledo, dans sa thèse faite sous l'inspiration de Wallich, conclut d'une manière analogue.

Nous avons nous-même passé en revue les observations de toutes les femmes accouchées depuis 1890, dans le service du professeur Pinard, à la clinique Baudelocque ; pas une fois nous n'avons trouvé mentionné le mot rigidité anatomique. Toutes les fois que le travail avait été long, la cause de cette lenteur avait été soigneusement recherchée et notée ; dans tous les cas, l'on remarque l'absence d'un des facteurs habituels de la dilatation, l'impotence utérine, la rupture des membranes avant tout début de travail.

La rigidité pathologique, qui seule nous intéresse, peut être due à des cicatrices, à des tumeurs, surtout au cancer si fréquent au niveau du col. Parmi toutes ces causes, il en est une, la syphilis qui a été longtemps ignorée. Cette affection, surtout le chancre

syphilitique, produit une rigidité telle que le travail est d'une lenteur excessive.

L'étude de cette dystocie fera l'objet de notre travail.

HISTORIQUE

L'influence de la syphilis sur la grossesse n'a été étudiée que récemment. La première observation semble remonter à Godefroy. — En 1862, Godefroy publie dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale* l'observation d'une femme de 22 ans, enceinte de 7 mois; elle sortait du service des vénériens. « Cette fille atteinte de végétations ayant leur siège à la vulve, dans le vagin, et jusque sur le col utérin était traitée depuis deux mois et demi par des cautérisations répétées » (Godefroy). On dut pratiquer une incision sur le col. Bien qu'il ne soit pas question de syphilis dans cette observation, nous pensons qu'il s'agit là de lésions spécifiques complètement méconnues par l'auteur.

Les premières observations indiscutables datent de Putegnat. Dans un travail paru à Bruxelles en 1871, il indiqua nettement la dystocie par induration syphilitique du col de l'utérus (*Journal de Bruxelles*, vol. XLVII).

Les femmes étaient manifestement syphilitiques dans les cas qu'il a publiés, et chaque fois on dut intervenir pour terminer l'accouchement.

L'influence de la syphilis fut signalée de nouveau peu de temps après dans les observations de Chiarleoni, Welponer, Martinetti et Chiara 1883, Fasola.

En France, M^{me} Mesnard, dans sa thèse (1884), faite sur les conseils de M. Doléris, put réunir une quinzaine d'observations dont quelques-unes se rapportent à la rigidité du col due au chancre. Peu de temps après, Doléris, dans son mémoire intitulé : « Étude sur la rigidité du col d'origine syphilitique », qui parut dans les *Archives de Tocologie* 1885, publia une observation de ce genre et conclut en montrant que le chancre du col prolonge la dilatation ou même l'empêche de se produire.

En 1891, Blanc, dans les *Archives de Tocologie*, reprend le sujet et arrive aux mêmes conclusions que M. Doléris.

La même année, Lecamus, dans sa thèse, réunit la plupart des observations parues et fait l'étude de cette dystocie au point de vue des symptômes, pronostic, diagnostic et traitement.

Enfin, citons les travaux de Tarnier (*Journal des sages-femmes*, 1893), de Martin (*Normandie médicale*, 1896), les leçons de Maygrier (1893), du professeur Pinard (avril 1899).

ÉTIOLOGIE

Autrefois l'on considérait le chancre du col utérin comme une lésion absolument exceptionnelle. C'est ainsi que Clerc en cite un cas seulement sur 113 chancres de différentes régions. Carrier n'en parle même pas dans sa statistique.

C'est à M. Fournier qu'appartient l'honneur d'avoir montré la fréquence relative du chancre du col. C'est à son *traité sur la syphilis étudiée particulièrement chez la femme* que nous empruntons une grande partie des renseignements qui vont suivre.

Le chancre du col, dit-il, vient en quatrième ligne par ordre de fréquence parmi les chancres des organes génitaux. « Si je m'en-rapporte à mes notes je trouve sur un total de 249 chancres génitaux, 13 cas de chancres du col; ce qui donne une proportion d'un chancre du col sur 18 chancres d'autres régions ». Plus loin il ajoute : « la fréquence réelle de ce chancre est certainement bien supérieure à sa fréquence apparente. Sans aucun doute en effet c'est là une lésion qui doit

passer inaperçue en un très grand nombre de cas et cela pour deux ordres de raisons que voici : 1^o elle n'est ni visible, ni sensible pour la femme parce qu'elle ne détermine aucune souffrance et qu'elle ne donne l'éveil par aucun symptôme ; 2^o elle a pour caractère de se modifier et de guérir spontanément avec une rapidité merveilleuse. » (Fournier, *loco citato*.)

Les résultats fournis par le toucher sont quelquefois si peu précis que Després nie l'induration et que Gosselin la dit très rare. Elle existe cependant mais elle est généralement assez mal perçue en raison de la dureté naturelle du col ; de plus il est difficile de localiser l'induration par le toucher pratiqué avec un seul doigt.

Néanmoins Fournier dit « avoir noté sur deux malades une ampliation générale, une véritable hypertrophie du col ; de plus le col hypertrophié présentait au toucher une dureté spéciale, une dureté sèche, cartilagineuse.... Dans deux autres observations le toucher faisait reconnaître au niveau même du point occupé par le chancre un noyau circonscrit, d'une dureté propre et semblant dû à une infiltration néoplasique sous-jacente. » (Fournier *loco citato*).

Jullien de son côté a constaté que « quelquefois le col entier, ou l'une de ses lèvres seulement subit une hypertrophie considérable due à une suffusion plastique étendue donnant au toucher la sensation d'un véritable tissu de sclérose. » Jullien, (*Traité des maladies vénériennes*).

Schwartz, Bennett, Doléris abondent dans le même

sens. Ils rapportent des observations dans lesquelles le chancre siégeait nettement à la lèvre antérieure.

Mracek donne la statistique suivante :

Sur 24 cas de femmes syphilitiques :

8 fois le chancre siégeait sur la lèvre antérieure ;

7 fois au pourtour de l'orifice externe ;

4 fois sur la lèvre postérieure ;

3 fois isolément sur l'une ou l'autre lèvre ;

2 fois à l'entrée du canal cervical.

L'auteur attribue la prédisposition de la lèvre antérieure à être contaminée aux rapports que prennent le col utérin et le gland durant le coït par suite de l'antéflexion légère de l'utérus.

SYPHILIS ET GROSSESSE

Avant d'étudier la marche du travail chez les femmes atteintes de chancre du col nous allons nous occuper de savoir quelle est l'influence de la gestation sur le chancre.

Les modifications prédominantes du col dans la grossesse sont surtout une hypertrophie des différents éléments et une vascularisation plus grande. « La gestation, dit M. Doléris, entraîne l'hyperémie permanente des organes génitaux. Elle en augmente au début le mouvement nutritif, et plus tard elle accentue ce résultat par la congestion passive provenant de la stase vasculaire qui succède à la compression des vaisseaux pelviens. C'est un fait notoire que les tumeurs des régions sexuelles subissent le même effet hypertrophiant et reçoivent un coup de fouet véritable du fait du développement de la grossesse. Les syphilides n'échappent pas à cette loi. Sous l'influence de cette conception les lésions spécifiques s'accroissent ou réapparaissent ». Doléris, *Archives de Tocologie*, 1885.

L'hypertrophie et surtout la vascularisation intense que l'on trouve dans tous les tissus favorisent la production de l'œdème et de l'induration sur tout le pourtour de la lésion spécifique. Les vaisseaux pourront être le siège d'endartérite et de périartérite. Il en résultera que les tissus mal nourris se transformeront. Le tissu conjonctif pourra proliférer et il se formera de la sclérose dans les tissus qui entourent ces vaisseaux.

L'influence de la grossesse est également très manifeste sur la durée totale du chancre comme l'a montré Certanescio. (Certanescio, thèse de Paris 1875). Ayant pris au hasard neuf observations de chancres des organes génitaux il trouva que la durée moyenne était de trente-huit jours en dehors de la gestation. Pendant la gravidité au contraire la durée moyenne est de deux mois et vingt-un jours c'est-à-dire plus du double de la durée normale de ces lésions en dehors de la grossesse. Même après la guérison de l'accident primitif l'altération de la structure des tissus est telle que le col après la cicatrisation est incapable de se dilater.

Ajoutons encore que les accidents syphilitiques guérissent rapidement, après la délivrance. Tous ces caractères nous permettent de dire avec M. Fournier que « la grossesse vient compliquer la vérole » (Fournier *loco citato*).

Mais la syphilis jeune, c'est-à-dire dans la période des accidents secondaires, est beaucoup plus à redouter

qu'une syphilis ancienne car à elle seule est due généralement la rigidité du col.

Il est heureusement assez exceptionnel de rencontrer le chancre au moment de l'accouchement. La femme aux derniers mois de sa grossesse est-elle dans un état de réceptivité moindre? Nous ne le croyons pas. Peut-être pourrait-on dire cependant, qu'une femme enceinte de sept ou huit mois est moins souvent contaminée, parce que le fait de contracter la syphilis suppose un acte qui, à cette période de la grossesse, a peu d'attrait pour les deux personnes qu'il exige.

Au lieu de reporter à la fin de notre étude les observations que nous avons pu recueillir il nous a semblé préférable de les placer avant le chapitre des symptômes et le chapitre du pronostic, afin de mieux rester sur le terrain de la clinique.

Les chapitres des symptômes, du diagnostic, du pronostic et du traitement ne seront ainsi que le résumé de nos observations.

OBSERVATION I

Publiée par le D^r Putegnat.

Le 2 novembre 1864, le docteur Putegnat est appelé près d'une femme de 27 ans, primipare, enceinte de sept mois. Cette femme est en travail depuis onze jours.

Le vagin est humide et brûlant. Le col utérin présente une ouverture dont l'aire égale celle d'une pièce de 2 francs. Sa moitié gauche dure, est épaisse de 1 centimètre. Son segment droit moins dilaté et dilatable est très dur, inégal, épais de 2 centimètres. Il a sa surface antérieure et interne ulcérée, inégale et qui laisse écouler un liquide sanieux, rougeâtre et fétide.

Le fœtus est mort depuis dix jours. On fait deux incisions sur le col, puis on pratique la version par manœuvre interne. La malade meurt pendant l'opération.

OBSERVATION II (du même).

Femme de 29 ans. Enceinte de huit mois. Chancre sur la lèvre antérieure du col utérin. Plaques muqueuses à l'anus,

sur les grandes lèvres et sur les piliers du voile du palais. L'excessive lenteur du travail ayant épuisé la patiente on donne 2 grammes de seigle ergoté sans résultat. Application de forceps. L'enfant meurt au bout de trois jours.

Durée du travail : 16 heures.

OBSERVATION III (du même).

Femme enceinte de huit mois environ

Contractions utérines faibles et espacées. Ulcération chancreuse sur la commissure droite du museau de tanche. Forceps. L'enfant meurt le quatrième jour.

OBSERVATION IV (du même).

Primipare de 19 ans. Ulcération syphilitique à fond dur, à bords un peu élevés, rougeâtres et saignants sur la commissure droite et sur la lèvre postérieure du museau de tanche. Forceps. Enfant mort avant sa naissance. Durée du travail : 25 heures environ.

OBSERVATION V (du même)

Primipare de 24 ans, enceinte de huit mois et demi. Vaste chancre sur le bord de la lèvre postérieure du col de la matrice. Application du forceps. L'enfant vécut deux jours.

OBSERVATION VI

Publiée par Chiarleoni.

Une femme primipare, âgée de 22 ans, entre à l'hôpital de Milan fin juillet 1873. Lorsqu'on la reçut on trouva sur les

organes génitaux une ulcération syphilitique. Selon la malade l'infection remonterait aux derniers jours de mai 1873. Au toucher on constate une surface ulcéreuse autour de l'orifice externe du col de l'utérus. Adénopathie inguinale double légèrement douloureuse. La grossesse était à la fin du septième mois. L'enfant se présentait en O. I. D. Aucun traitement syphilitique n'avait été institué jusqu'alors et le professeur Chiara dans l'espoir que les manifestations secondaires de la syphilis coïncideraient avec le terme physiologique de la grossesse ou le précéderaient de peu se borna à des prescriptions de propreté et à des applications locales d'onguent de calomel et d'opium. Dans les premiers jours d'août apparurent des manifestations secondaires importantes qui l'engagèrent à instituer un traitement spécifique (protoiodure et iodure de potassium). Bains fréquents.

Le 21 septembre, le travail se déclara, on diagnostiqua une grossesse gémellaire. Sur les grandes lèvres existait un œdème remarquable, une infiltration totale due certainement à un exsudat néoplasique qui leur communiquait une dureté toute particulière ne cédant pas, ou cédant peu sous le doigt.

Evidemment continue le professeur Chiarleoni il s'agissait en ce cas de l'état morbide décrit par M. Fournier sous le nom d'induration scléreuse. Le col de l'utérus était effacé et dilaté d'environ deux centimètres; le segment inférieur de l'utérus était considérablement épaissi, tendu, d'une dureté qui rappelait le tissu fibro-cartilagineux, dureté qui s'étendait tout autour de l'orifice à un centimètre des bords et plus spécialement en avant.

On administra un bain de siège et des irrigations vaginales. La nuit se passa avec de rares et faibles contractions et le matin suivant 22 septembre, l'état du col avait peu changé et l'on fit donner une douche descendante avec trente litres

d'eau tiède durant laquelle les membranes se rompirent. Écoulement modéré de liquide amniotique.

Vers 8 heures du soir, le professeur se décide à faire des scarifications multiples sur l'orifice utérin avec un bistouri boutonné. Ces scarifications rendirent presque immédiatement expulsives les douleurs, qui auparavant étaient faibles et rares. Vers 9 heures on administre 50 centigrammes de seigle ergoté. A 10 heures la tête avait exécuté son mouvement de rotation et apparaissait à l'orifice vulvaire qui résistait à l'action combinée des forces utérines et des muscles abdominaux; aussi vers 11 heures on intervint par une application de forceps et on amena le premier enfant en état d'asphyxie grave dont on ne put le tirer; à 11 heures et demie le second fœtus naquit spontanément vivant. La grande lèvre droite dans son tiers inférieur se déchira aussi nettement que si elle eût été sectionnée par une lame.

Les suites de couches furent normales.

OBSERVATION VII

Welponer, in *Centralblatt für Gynæk*, 1881.

Une femme de 24 ans, secondipare, se présente à la clinique du professeur C. Braun Fernwald après la rupture de la poche des eaux. L'auteur trouve le col dilaté de 3 centimètres, gonflé dur, formant autour de la tête un bourrelet de l'épaisseur d'un doigt et sur ce bourrelet s'implante une petite tumeur de consistance cartilagineuse. Deux tumeurs analogues siègent à la paroi postérieure du vagin. Les traces d'une roséole, les engorgements ganglionnaires, ne permettent pas de méconnaître la nature syphilitique de cette tumeur. L'au-

teur fait avec les ciseaux de Sims, cinq incisions de un centimètre et prescrit les bains de siège. Cependant le col ne laisse pas passer la tête. Le forceps appliqué amène à la vulve à la fois la tête et le col, et de nouvelles incisions sont nécessaires. Malgré toutes les précautions le col se trouve déchiré jusqu'à l'insertion vaginale. L'accouchement a duré quarante-huit heures. On fit de fréquentes injections; les lochies ont été longtemps teintées de sang.

L'utérus est revenu lentement sur lui-même.

L'enfant vivant pesait 2 750 grammes.

OBSERVATION VIII (Résumée).

Fasola, in *Annali di ostetricia*, 1886.

Femme de 20 ans secondipare.

Premier accouchement normal en 1883.

Entrée à la clinique le 27 juillet 1884, au septième mois de sa grossesse. Les membranes se sont rompues le 25 juillet. L'orifice utérin est dilaté de trois centimètres. Le col est dur, épais, résistant (*duro, spesso, resistente*) et tendu autour de la présentation (vertex). Les contractions utérines se succédaient fréquentes et énergiques, mais peu efficaces car le col ne se prêtait pas à la dilatation. Sur une grande partie du corps et spécialement sur l'abdomen on constatait une roséole syphilitique maculeuse en voie de décroissance. Au bout de quarante-six heures la dilatation n'ayant fait aucun progrès, on fait un débridement du col d'abord avec le bistouri boutonné, puis avec des ciseaux courbes.

L'orifice étant suffisant on fait une application de forceps. On extrait un enfant vivant pesant 1 500 grammes.

Les suites de couches furent normales.

OBSERVATION IX

Dolérís. *Archives de tocologie*, 1885.

L. ., 24 ans, domestique, douée actuellement d'une bonne constitution apparente, petite, mais bien musclée, entre à la clinique d'accouchement le 5 novembre 1884.

Antécédents personnels : Elle a été malade dans son enfance. Scrofule. Un ganglion abcédé au cou. N'a marché qu'à 2 ans. Vers l'âge de 14 ans, écoulement purulent à l'oreille droite.

Réglée à 14 ans, toujours bien.

A 20 ans, première grossesse à évolution normale. Accouchement à terme après un travail de treize heures. Délivrance naturelle. L'enfant, nourri par sa mère, meurt au bout de quinze jours.

Grossesse actuelle : Dernière apparition des règles, du 27 au 29 février 1884. Il y a eu des rapports sexuels pendant toute la grossesse, sauf depuis cinq semaines environ. Pas de phénomènes morbides notables. La malade paraît ne s'être aperçue que très récemment des accidents qu'elle présente aujourd'hui. Elle a ressenti quelques douleurs les jours suivants. C'est ce qui l'a décidée à entrer à l'hôpital.

A l'examen extérieur, on constate une roséole très nette sur le thorax, les membres supérieurs, le tronc et les membres inférieurs. Sur la face interne des avant-bras macules couleur jambon fumé. Adénite cervicale double. Ecoulement leucorrhéique fétide. Les grandes et les petites lèvres, de même que la peau de la région ano-vulvaire sont recouvertes de syphilides érosives dont quelques-unes sont saillantes et ont l'aspect de condylomes plats. Tubercules ulcérés sur la face interne des grandes lèvres et à l'entrée de la vulve. Pléiade

ganglionnaire inguinale double prédominante à gauche. Aucune trace d'une lésion cicatricielle pouvant se rapporter au chancre. Syphilides ulcéreuses des amygdales et de l'arrière-gorge. Alopécie discrète.

Le toucher révèle un gonflement œdémateux du conduit vaginal et un état lisse de la muqueuse. Le col est volumineux, entr'ouvert, bien que persistant dans une longueur de trois centimètres environ. Sa forme est celle d'un infundibulum à sommet inférieur; son tissu est rigide et dur. La lèvre antérieure est plus dure encore, volumineuse et tuméfiée. Deux doigts introduits dans le vagin permettent d'apprécier les proportions de ce noyau hypertrophique : il a les dimensions d'une noisette. L'induration s'arrête à la base du col. A travers l'orifice, on arrive sur les membranes et sur la tête qui est à peine engagée.

L'examen au spéculum, qui est très douloureux, fait constater un écoulement épais, muco-purulent qui provient de l'intérieur de la cavité cervicale. Le museau-de-tanche est exulcérée; sur la lèvre antérieure principalement, l'ulcération est profonde, entourée d'un rebord fongueux dont la teinte est rouge livide.

Le diamètre maximum de l'ulcération est de un centimètre environ. Il n'y a pas de doute qu'on ait affaire à un chancre.

Le bassin est normal. Le palper et l'auscultation conduisent au diagnostic d'une présentation du sommet en O.I.G.A.

Il semble qu'il y ait du liquide amniotique en excès. Les signes précédents, notamment les caractères anormaux du col ont été constatés à plusieurs reprises. Un traitement a d'ailleurs été institué. Badigeonnage du col avec de la teinture d'iode, cautérisation du fond de la gorge, ablution des organes génitaux externes avec une solution de liqueur de Labarraque, irrigations prudentes de la cavité vaginale avec une solution

de sublimé. Traitement interne : une cuillerée à bouche d'abord puis deux de liqueur de Van Swieten dans un verre de lait chaque jour.

La médication est prescrite à partir du 9 novembre et n'est pas interrompue jusqu'à l'accouchement. On a fait quelques badigeonnages isolés sur les parties génitales externes.

Au bout de peu de jours il ne reste plus rien dans ces régions ; la roséole est presque effacée et l'on n'aperçoit plus qu'à deux plaques grisâtres dans l'arrière-gorge ; une sur l'amygdale gauche, une sur le pilier antérieur du même côté. L'adénite cervicale gauche s'accroît.

Du 15 au 18 novembre tout a disparu. Un nouvel examen révèle à ce moment une notable diminution du volume de la tumeur ulcérée du col. Le tissu est plus souple mais point suffisamment pour que les parois cervicales viennent au contact. Il existe toujours un trajet libre ouvert et perméable de l'orifice externe à l'orifice interne.

Le 15 novembre la malade est prise des premières douleurs à deux heures du matin. La dilatation marche assez vite au début ; l'effacement a passé inaperçu. A son arrivée à la salle de travail, vers 8 heures, j'examine la parturiente. Sur ma recommandation on a suivi très exactement la marche de la première période du travail.

A 7 h $1/2$ la dilatation était notée comme égale à une pièce de 2 francs. Dès le début le tissu cervical est resté très épais et très dur : rien n'est changé dans l'état de la femme, même dureté et même épaisseur des rebords de l'orifice. La malade souffre toutes les deux ou trois minutes sans discontinuer depuis le matin. Il est même surprenant que le travail n'aille pas beaucoup plus vite, et il faut bien reconnaître que, malgré le traitement institué pendant trois semaines, il persiste encore aujourd'hui au col utérin un processus pathologique dont la

résistance paralyse à un certain degré, et ralentit tout au moins les efforts répétés et intenses de la matrice. A 9 heures l'orifice a une dilatation égale à 5 francs. Les bords en sont toujours très épais et très durs mais cependant les progrès de la dilatation ont une marche régulière. La poche des eaux est sphérique, volumineuse et bombe fortement. Les contractions sont longues, énergiques, soutenues et très fréquentes. A 9 heures les membranes se rompent spontanément. A 10 h 35 la tête franchit l'orifice complètement dilaté. Il s'écoule un peu de sang. Cinq minutes plus tard le fœtus est expulsé. Il est bien conformé et de poids normal.

Poids : 3.070 grammes. Placenta : 440 grammes

Au bout de huit jours, l'enfant qui ne portait aucune lésion visible, sauf une coloration violacée ecchymotique des talons, sans soulèvement de l'épiderme, présente dans cette région et de chaque côté une papule qui s'ulcère rapidement.

Les suites de couches ont été régulières : on a constaté deux déchirures au col, une à gauche sur la commissure et une en avant de la commissure droite sur la lèvre antérieure. L'examen au spéculum pratiqué à la sortie de la malade révèle la disparition de toute lésion appréciable.

OBSERVATION X

Blanc. *Archives de Tocologie*, 1891.

Il s'agit d'une multipare qui, le 29 novembre 1890, accouchait pour la troisième fois. Les deux premiers accouchements s'étaient assez rapidement terminés en cinq ou six heures par l'expulsion d'enfants vivants.

A ce troisième accouchement les douleurs commencèrent le

28 novembre à 5 heures du soir. A 6 heures, le col était ouvert de 1 centimètre, épais surtout au niveau de sa moitié antérieure. La poche des eaux était intacte, les contractions utérines furent intenses et régulières. Le 29 novembre, à 8 heures du matin, après quinze heures de douleurs nous trouvâmes cette femme dans l'état suivant : faciès pâle et fatigué, peau moite, température normale, pouls : 100. L'utérus développé comme au terme de la grossesse arrive à l'épigastre. Dans l'intervalle des douleurs, le palper permet de constater une présentation du sommet en OI DT (épaule antérieure sur la ligne médiane) et déjà engagée dans l'excavation. Les bruits du cœur fœtal sont très nets sur la ligne médiane, et rapprochés de la symphyse pubienne. Par le toucher on atteint assez rapidement la présentation. Le vagin est large et court. Sur le milieu de la face antérieure de ce conduit existe une nappe de sclérose un peu saillante, à surface dure, irrégulière et offrant l'aspect d'un triangle allongé dont la base se perd sur le col. Ce dernier nous frappe aussitôt par ses caractères. Il est épais, dur, inextensible et non douloureux, mais son épaisseur n'est pas uniforme dans tout son pourtour : elle est plus marquée dans sa moitié antérieure et atteint là un bon travers de doigt. De plus, sur cette même lèvre antérieure, la consistance varie au milieu et sur les côtés ; au milieu la dureté cartilagineuse des tissus est comme doublée vers la surface par un œdème dur que surmonte une dépression cicatricielle radiée, nettement perceptible au doigt ; sur les côtés on a la sensation d'une résistance cartilagineuse. La poche des eaux est rompue depuis plusieurs heures et à travers le col fait hernie une bosse séro-sanguine volumineuse. La tête de volume moyen atteint le tiers inférieur de l'excavation. Il n'y a pas de déformation pelvienne.

Au moment des douleurs on sent la tête presser énergique-

ment contre le col qui, à l'instar d'un cercle métallique, résiste sans permettre au doigt de s'insinuer entre lui et la présentation. La douleur passée, le doigt peut glisser au dessus de l'orifice utérin et apprécier ses caractères. Nous nous assurons à plusieurs reprises que les contractions sont fortes et se répètent régulièrement, que l'enfant est en bon état

Comme il n'existait aucune indication maternelle ou fœtale de terminer alors l'accouchement, nous satisfaisons aux désirs de la malade et attendons encore avant de terminer l'accouchement. A 11 h. 1/2 du matin, la dilatation est à peu près la même, mais le col est lui plus dur, plus épais, malgré d'énergiques contractions.

Aussi, après anesthésie de la parturiente, nous pratiquons de chaque côté du col une incision profonde d'environ 3 centimètres, allant jusqu'aux insertions du vagin et nous extrayons à l'aide d'une application oblique du forceps un enfant vivant et assez développé. Les incisions ne s'agrandirent pas durant l'extraction et restèrent limitées à la portion vaginale du col.

OBSERVATION XI (Inédite)

La nommée B... Marie, journalière, âgée de 32 ans, entre au dortoir de la clinique Baudelocque le 14 avril 1899.

Antécédents héréditaires : Son père est mort éthylique, sa mère est bien portante.

Antécédents physiologiques : Elle a marché à un an, toujours bien. Réglée à 14 ans, ses époques ont toujours été régulières.

Elle n'a pas d'antécédents pathologiques.

A 30 ans, première grossesse à évolution normale. Accou-

chement à terme, sommet, spontané. Fille vivante élevée au sein maternel, âgée de 22 mois, bien portante. Les règles furent régulières mais peu abondantes pendant l'allaitement.

Grossesse actuelle : Dernière apparition des règles du 15 au 17 août 1898. La femme ne s'est reposée que depuis son entrée au dortoir le 14 avril. La hauteur de l'utérus est de 31 centimètres. On ne constate d'albumine, dans les urines, ni pendant la grossesse ni au moment de l'accouchement.

A l'examen, on trouve que la colonne vertébrale est déviée à droite dans la région dorsale supérieure et dans la région dorso-lombaire. Les dents sont crénelées. Les hanches sont à la même hauteur ; les faces internes des jambes ne sont pas en contact ; le bassin est normal.

A son entrée dans le service (14 avril) on constate sur tout le corps des taches cuivrées de syphilis que la malade dit avoir remarquées elle-même depuis quinze jours environ. Elle présente, en même temps, des plaques muqueuses à la vulve, et des ganglions inguinaux accusés surtout du côté gauche. Elle se plaint d'avoir des maux de gorge depuis le 11 avril. A l'examen on trouve les amygdales tuméfiées et rouges ainsi qu'une teinte opaline du côté droit.

Elle s'est mariée le 7 mars 1899 ; mais elle connaît son mari depuis le mois d'août 1898 : il était bien portant à cette époque. Il entre en novembre dernier à Saint-Louis où il reste en traitement jusqu'au jour de son mariage ; depuis sa sortie il ne se soigne plus.

Au palper on trouve la tête en bas, mobile, le dos à droite. Enfant vivant.

Au toucher le col présente une induration ligneuse, il est bosselé, irrégulier, long et fermé, si bien que M. Bigeix croit toucher un pessaire.

Le 19 avril M. Pinard pratique l'examen au speculum. Le col est rouge, œdématié et présente sur la lèvre postérieure une ulcération dont le fond est grisâtre et tapissé de fausses membranes. La malade est soumise immédiatement au traitement antispécifique.

Le 25 avril à minuit la femme ressent les premières douleurs. A l'examen : sommet qui s'engage en D, col en voie d'effacement, ne présentant plus la dureté ligneuse initiale.

L'orifice est dilaté comme une pièce de 50 centimes. Les membranes sont intactes.

La femme dit avoir perdu de l'eau le 23 à 7 heures du soir, cependant on trouve une poche des eaux qui bombe dans l'orifice. La tache produite, sur les draps, par cette prétendue perte des eaux, semblait due à un liquide jaunâtre, épais : elle avait l'étendue d'une paume de main.

Les contractions apparaissent régulièrement toutes les vingt minutes. Les bruits du cœur fœtal sont à 130.

Température 36°8. Pouls 86.

Le 26 avril à 7 heures du matin la dilatation est d'un peu moins de un franc. Le col incomplètement effacé donne encore au doigt la sensation d'un bourrelet irrégulier et dur. Pendant les contractions la poche des eaux vient bomber à travers l'orifice, et dans l'intervalle le doigt arrive sur la tête dont les sutures sont orientées en D. T.

Les contractions deviennent plus rares. On les constate à 8 h. 5, 8 h. 25, 8 h. 30, 8 h. 55, 9 h. 10, 9 h. 35, 10 h., 10 h. 25, 10 h. 55, 11 h., 11 h. 7.

A 2 heures du soir le col est dans le même état, et la dilatation n'a pas progressé.

On fait des injections chaudes fréquentes.

M. Pinard ayant examiné la femme prie M. Funck de faire des incisions.

A 3 h. 15, M. Funck pratique, à l'aide de ciseaux, quatre incisions de un centimètre sur quatre points de l'orifice. Injections chaudes Pouls 104. Température 36° 7. Cœur fœtal 140.

La malade souffre toutes les quinze minutes environ jusqu'à 6 heures du soir. A ce moment, en pratiquant le toucher, on constate que les bords de l'orifice sont revenus sur eux-mêmes.

A 7 h. 30, rupture spontanée des membranes.

A 8 heures, la dilatation est inférieure à 2 francs.

A partir de 6 heures du soir, les contractions deviennent excessivement rares et courtes.

A 9 h. 15, la dilatation est stationnaire. M. Funck, au toucher, remarque la formation d'une bose séro-sanguine.

A 9 h. 45, on fait une injection à 48° entre la tête fœtale et l'orifice.

A 10 heures, les contractions devenues plus fréquentes se succèdent de cinq minutes en cinq minutes. Pouls 112, Température 37°.

Jusqu'à 1 heure du matin (27 avril), les contractions augmentent de fréquence et de durée (1 min. 1/2). Elles paraissent aussi plus violentes.

De 1 heure à 2 heures, elles paraissent diminuer de longueur et de violence, mais sont toujours fréquentes. La dilatation est toujours stationnaire. Depuis que les incisions ont été faites, l'orifice du col donne la sensation d'un collier de pièces dures à bords épais et recroquevillés.

Jusqu'à 4 heures du matin, les contractions s'espacent de plus en plus. De temps en temps, la femme a une douleur assez forte, puis les contractions deviennent courtes, irrégulières, jusqu'au point de cesser presque complètement à 4 h. 30. On donne une nouvelle injection chaude à 50°.

Pouls, 100. Température $37^{\circ}3$. Cœur fœtal, 140. Contractions à 9 h. 55, 10 h. 05, 10 h. 19, 10 h. 24, 10 h. 45, 11 h. 22, 11 h. 48 (celle-ci un peu plus longue que les précédentes), 12 heures, 12 h. 35, 1 h. 10, 1 h. 40, 2 h. 10.

A 2 h. 15, la dilatation dépasse le diamètre d'une pièce de 2 francs. On fait des injections fréquentes. Les douleurs apparaissent alors toutes les dix minutes environ jusqu'à 4 heures du soir. A ce moment, sur les conseils de M. Pinard, M. Funck agrandit les deux incisions antérieures. La dilatation est de 5 francs.

A 7 h. 15, elle est égale à une petite paume. Depuis ce moment jusqu'à 8 heures, absence totale de contractions; elles reviennent alors toutes les cinq minutes.

A minuit, les douleurs cessent pour reparaitre toutes les dix minutes.

A 3 h. 15 (28 avril), la dilatation est un peu plus d'une petite paume. Pouls, 124. Température, $37^{\circ}5$. Cœur fœtal, 140.

A 4 h. 30, dilatation grande paume, contractions régulières toutes les quatre minutes.

A 6 h. 10, dilatation complète; la femme pousse et accouche à 6 h. 35 d'un garçon ne présentant aucune lésion extérieure; il crie aussitôt sa naissance.

Après sa sortie, il s'écoule de l'utérus un liquide vert purée extrêmement fétide. Injection vaginale prolongée.

Délivrance par expression française trente-cinq minutes après l'accouchement puis injection intra-utérine de vingt-quatre litres.

Le fœtus pèse 2.170 grammes.

Le placenta pèse 360 grammes.

L'enfant est mis en couveuse.

Le 8 mai il présente une ophthalmie. Il fut traité par des irrigations au permanganate de potasse et des lavages à l'eau

boriquée. A sa sortie le vingt-troisième jour il pesait 2.540 grammes.

Les suites de couches furent normales. Le traitement mercuriel et ioduré fut continué après la délivrance. A son départ on trouva au toucher que le col était moins dur qu'avant l'accouchement, et que les incisions étaient complètement cicatrisées.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Après l'exposé des observations que nous avons pu recueillir, il nous sera facile d'indiquer la symptomatologie de la rigidité syphilitique du col.

Un caractère que nous trouvons signalé par tous les accoucheurs est l'excessive induration des bords de l'orifice cervical, induration empiétant même quelquefois plus ou moins sur le segment inférieur. Chiarleoni compare cette dureté à celle du fibro cartilage. « Le toucher donne la sensation d'une résistance cartilagineuse », dit Blanc. Fasola, Doléris ont également recours à cette comparaison. Dans notre observation, le col présentait une dureté ligneuse ; il était bosselé, irrégulier, long et fermé. Sa consistance était telle que M. Bigeix, externe du service, comparait la sensation qu'il éprouva, à celle que donnerait un pessaire introduit dans la cavité vaginale. De plus, les bords du col étaient rouges, œdématisés, résistants, non douloureux.

Dans l'observation de Doléris, on trouvait sur la lèvre antérieure un noyau dur de la dimension d'une noisette. De même, dans l'observation de Blanc. Welponer trouvait un col dur et œdématisé formant autour de la tête un bourrelet de l'épaisseur d'un doigt : sur ce bourrelet, s'implantait une petite tumeur de consistance cartilagineuse. La femme qui fait le sujet de notre observation, avait sur la lèvre postérieure une ulcération dont le fond était grisâtre et tapissé de fausses membranes.

Un autre caractère assez commun au chancre de la grossesse est la couleur livide. « La grossesse, dit M. Fournier, imprime au chancre des modifications spéciales. Elle le rend livide, brunâtre, et parfois même très exactement violet, d'un violet noir, qui rappelle tout à fait le ton de cette belle fleur de nos jardins qu'on appelle vulgairement la pensée ». Fournier, *loco cit.*

Mais il peut arriver que la lésion ne soit pas limitée à une partie quelconque du col ; on a alors une induration généralisée, un état d'épaisseur et d'insensibilité des bords de l'orifice que certains accoucheurs regardent comme caractéristiques de la rigidité anatomique. Nous avons lu plusieurs observations citées comme exemples de cette variété de rigidité. Dans le dixième *Mémoire* de M^{me} Lachapelle, nous avons trouvé l'observation suivante : « Une femme arrive à la clinique avec les membranes rompues ; l'orifice utérin est à peine ouvert et d'une dureté cartilagineuse. — Forceps. — Echancrures profondes du

col. — Mort de la femme par péritonite ». (M^{me} Lachapelle, *Pratique des accouchements*, 1825).

Nous remarquons que les signes présentés par cette femme ressemblent étonnamment à ceux relatés dans nos observations. Si on avait recherché attentivement les antécédents de cette parturiente peut-être aurait-on découvert la syphilis. Il est permis du moins de le supposer car dans la plupart des observations on a omis d'interroger les malades sur leurs antécédents pathologiques et spécifiques.

A côté de cette rigidité, et peut-être même grâce à elle, on note la rupture prématurée des membranes. Cette cause, jointe à la précédente, fait que la tête fœtale soumise aux pressions directes de l'utérus présente la plupart du temps une bosse séro-sanguine limitée par le cercle rigide que forme l'orifice du col. Cette bosse séro-sanguine est d'autant plus volumineuse que le travail est plus long et que les contractions sont plus énergiques.

En outre l'examen du corps de la femme fait découvrir la plupart des accidents secondaires de la syphilis signalés par presque tous les auteurs. Dans l'observation de Doléris la parturiente présentait une roséole très nette sur le thorax, les membres supérieurs, le tronc et les membres inférieurs. Il remarqua en outre une adénite cervicale double, des syphilides érosives au niveau des grandes et des petites lèvres, une pléiade ganglionnaire inguinale double. Chiarleoni, Welponer, Fasola signalent les mêmes accidents. Nous-même avons constaté sur le corps de la femme

la présence d'une roséole très nette, des plaques muqueuses et des ganglions inguinaux.

En présence de ces caractères il semble que le diagnostic du chancre du col soit toujours facile à faire.

L'induration syphilitique ne sera pas confondue avec la rigidité spasmodique. « Celle-ci est en quelque sorte réflexe. Elle s'observe surtout chez les femmes nerveuses, excitables; très agitées pendant le travail. Elle était plus fréquente autrefois, car elle succédait souvent à l'administration de l'ergot de seigle, heureusement délaissé aujourd'hui, par la plupart des accoucheurs. » Maygrier, *Clinique obstétricale* 1893.

Dans ce cas les bords sont minces, douloureux et chauds au toucher. Cette dystocie accidentelle provient généralement, à une période assez avancée de la dilatation, à la suite d'un toucher trop souvent répété ou « d'une rupture des membranes prématurément et maladroitement provoquée. »

Dans la rigidité syphilitique au contraire les bords de l'orifice utérin sont durs, épais et d'une consistance cartilagineuse. Dans un cas de Chiara « le tissu était tellement dur et résistant que les ciseaux ne pouvaient l'entamer et qu'ils glissaient sur lui comme s'il s'était agi d'un véritable tissu fibreux. » Chiara, *Annali di ostetricia* 1884.

De plus la chaleur est normale et le col est complètement insensible.

« On pourrait confondre avec la rigidité du col un cloisonnement transversal du vagin. On reconnaitra cette anomalie à l'existence dans le vagin d'une mem-

brane tendue et perforée d'un orifice plus ou moins étroit, n'ayant aucun des caractères du col. Le doigt ne rencontrera pas les culs de sac normaux du vagin, et, s'il peut pénétrer à travers l'orifice du cloisonnement, il arrivera sur le col situé au-dessus. » Maygrier, *loc. cit.*

Le diagnostic peut quelquefois cependant présenter une réelle difficulté, surtout quand l'induration est généralisée. Ce sont sans doute des cas de cette nature qui ont servi à faire admettre la variété de rigidité anatomique. Mais, comme le dit M. Pinard, si l'on s'attachait à mieux rechercher les antécédents pathologiques et surtout spécifiques des parturientes, sans nul doute plusieurs cas iraient grossir le nombre des observations de rigidité pathologique.

On devra enfin distinguer cette dystocie des rigidités consécutives à des brides, à des cicatrices, à des tumeurs, aux altérations cancéreuses du col. Un examen attentif par le toucher permettra facilement de reconnaître ces lésions. Enfin la présence fréquente de la roséole, des engorgements ganglionnaires, des plaques muqueuses mettra l'accoucheur sur la voie du diagnostic. Mais si rien ne fait prévoir cette étiologie spécifique, si les accidents secondaires échappent à l'examen, si l'on constate l'absence de toute ulcération et l'intégrité apparente du tissu, on ne manquera pas de placer ces cas dans la variété dite rigidité anatomique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'étude anatomo-pathologique fut faite la première fois en 1883 par Banti, sur la demande de Fasola, à l'aide de deux petits lambeaux enlevés à un col syphilitique ; on ne trouva aucune lésion caractéristique. Ce fut seulement en 1886 que Fasola eut l'occasion de faire *post mortem* l'examen histologique d'un cas de rigidité syphilitique.

« Dans une section du segment inférieur, au niveau de l'anneau fibreux, on voit que le tissu musculaire, en différents endroits, est remplacé complètement par du tissu conjonctif, fibreux, compact, sclérosé. Dans d'autres endroits on voit encore quelques fibres musculaires atrophiées au milieu du tissu conjonctif... Aux endroits les plus infiltrés les fibres musculaires sont plus minces, atrophiées par compression. Dans la partie la plus sclérosée, les voies sanguines sont complètement ou presque complètement obstruées, oblitérées par épaissement de la tunique interne et

moyenne. Sur une section pratiquée entre la partie sclérosée et la partie semblant saine, on voit une infiltration abondante de cellules lymphoïdes sur les fibres. Les fibres cellules musculaires sont légèrement atrophiées aux points où l'infiltration cellulaire est plus manifeste ; en d'autres points, elles ont le volume et l'aspect normal des fibres cellules de l'utérus gravide ». (Fasola, *Annali di ostetricia*, 1886.)

On trouve donc du côté du col des lésions de sclérose et d'endartérite absolument analogues à celles que la syphilis détermine si fréquemment dans d'autres organes.

CAUSES DE LA LONGUEUR DU TRAVAIL

Nous connaissons maintenant les lésions du col de l'utérus gravide, il nous reste à parler de la durée du travail et pourquoi la dilatation est si longue à se produire.

Dans le cas de syphilis du col, la lenteur du travail est notée par tous les accoucheurs. Dans l'une des observations de Putegnat, le travail dura onze jours. Dans les autres cas, la durée de la dilatation fut de quarante-huit heures (Welponer), dix-neuf heures (Blanc), vingt-quatre heures (Chiarleoni), quarante-six heures (Fasola), cinquante-quatre heures (Observation personnelle). Dans la plupart des cas, l'on dut faire des incisions multiples. Seule, la femme citée par Doléris accoucha spontanément au bout de dix heures. Cette femme avait suivi le traitement antispécifique pendant un temps assez long, mais cependant il se produisit des déchirures au niveau du col, déchirures qui remplacèrent les incisions.

« Dans un utérus bien conformé, il existe un rapport entre la force expulsive des fibres musculaires du corps utérin et la force de résistance de l'orifice du col. La syphilis peut prolonger la durée de cette période, soit en augmentant la résistance, soit en diminuant la force des contractions utérines, mais elle agit aussi très souvent à la fois sur les deux termes du rapport » Lecamus, thèse de Paris, 1891-92. Or, le chancre produit une induration remarquable du museau de tanche à cause de l'atrophie des fibres musculaires et de la surabondance du tissu fibreux du col. Cette altération des tissus est telle que, même après la guérison, il peut arriver que l'épaississement dû à l'inflammation, subsiste encore au moment de l'accouchement. La rigidité est alors le fait d'une induration qui persiste comme elle peut être le fait d'une cicatrice vicieuse succédant à une opération mal faite. « Ce que le col gagne en épaisseur, il le perd en faculté de s'étendre, de se dilater » Lecamus, *loco citato*.

Dans ces conditions le travail sera naturellement long et pénible. La rigidité du col est telle que les contractions utérines ne pourront vaincre la résistance qui leur est offerte, d'où fatalement, épuisement de la matrice.

A côté du peu d'extensibilité du col on peut placer comme deuxième cause de la longueur du travail la faiblesse des contractions utérines. On sait que généralement la syphilis affaiblit l'organisme tout entier. Cette faiblesse initiale des contractions n'est notée que dans quelques-unes de nos observations, notam-

ment dans celles de Putegnat et de Chiarleoni, mais non dans toutes comme on serait tenté de le croire. La raison en est sans doute que la syphilis étant récente, n'a pas encore eu le temps de débilitier l'organisme.

A ces causes on doit ajouter la rupture prématurée des membranes qui s'observe la plupart du temps. Cette rupture dans la majorité des cas ne doit pas être attribuée à une affection de l'œuf. Notre observation montre en effet que les membranes étaient normales ainsi que le placenta. Cette rupture est due à une sorte de traumatisme dont le mécanisme est facile à saisir. Au moment des contractions utérines la poche des eaux vient buter contre la partie inférieure de l'organe qu'elle tend à distendre. Mais si le col ne se laisse pas entr'ouvrir cette poche des eaux incompressible prise entre une puissance (contractions utérines) et une résistance (col utérin) se déchire alors que la dilatation est à peine commencée. La tête fœtale vient à son tour s'appuyer sur le col sans pouvoir en vaincre la rigidité. Nous avons vu que cette résistance durait plusieurs heures (54 heures, Obs. personnelle) et même des journées entières (onze jours première Obs. de Putegnat) à tel point que la dilatation peut rester absolument stationnaire malgré les pressions exercées par la tête et malgré les contractions utérines. Il en résulte naturellement qu'à un certain moment l'utérus surmené tombe dans un état d'inertie pendant un temps plus ou moins long. Dans notre observation après un travail de dix-huit heures la

dilatation de l'orifice est de moins de 2 francs. Les contractions sont très rares et très courtes. Elles restent ainsi jusqu'à la vingt-deuxième heure. A ce moment sous l'influence d'injections chaudes à 48° elles reprennent de nouveau, deviennent fréquentes et se succèdent de cinq en cinq minutes pendant trois heures. Puis elles s'espacent de nouveau de plus en plus jusqu'à n'apparaître que toutes les quinze minutes. Ces alternatives de contractions violentes et d'inertie utérine se continuent ainsi jusqu'à l'expulsion du fœtus qui a lieu au bout de cinquante-quatre heures de travail. L'utérus surmené et fatigué ne pouvait réagir que sous l'influence de l'excitation provoquée par les injections répétées d'eau chaude.

Bien plus, si les contractions sont prolongées et fortes, il peut arriver que l'utérus tombe dans un état tétanique et le travail se trouve par ce fait arrêté.

Nous pouvons donc dire avec M. Doléris : « La syphilis et avant tout le chancre syphilitique du col de l'utérus évoluant pendant la gestation sont de nature à modifier la marche normale du travail, en prolongeant ou même en empêchant la dilatation régulière de l'orifice utérin. » Doléris, *Archives de tocologie*.

PRONOSTIC

Comment se termine l'accouchement dans le cas de rigidité du col. D'une façon générale le pronostic est assez sérieux pour la mère et pour l'enfant.

Quelquefois le col vient à céder, l'accouchement se termine spontanément sans aucune lésion des organes génitaux. Ce fait est très rare et l'on note généralement des déchirures du col au niveau des commissures. C'est ce qui se produit chez les malades de Doléris et de Chiarleoni. Pour la femme « la rigidité du col devient redoutable parce qu'elle est une menace pour l'intégrité du col, menacé de déchirure, si les contractions utérines persistent avec leur énergie. Lorsque cette déchirure n'intéresse que le col il n'y a encore que demi-mal ; mais elle peut s'étendre plus loin et se prolonger sur le corps ; sans compter que ce corps de l'utérus lui-même peut le premier céder brusquement. » (Martin, *La Normandie médicale*, 1896.)

Le travail étant très long, les femmes se fatiguent et

s'épuisent. Au bout d'un certain temps on note une élévation notable de la température et du subdélirium. Le pronostic doit donc toujours être réservé.

Les membranes se rompent presque toujours au début du travail alors que la dilatation est à peine commencée. On doit craindre les phénomènes d'infection. « Au contact de l'air qui pénètre dans la cavité de l'œuf, le liquide amniotique se putréfie et il se produit de la physométrie. La femme peut succomber à l'épuisement, à une rupture de l'utérus si l'accoucheur ne se décide pas à intervenir à temps pour tenter de la sauver ». Maygrier. *Clinique obst.* 1893. Cependant chez les femmes dont nous publions l'observation, un seul décès a été constaté (Obs. I, de Putegnat) dû sans doute à la longueur exagérée du travail qui dura onze jours. Dans les autres cas il se produisit des déchirures où l'on intervint à temps en pratiquant des incisions.

Enfin nous devons citer comme accidents la rupture du périnée et les déchirures de la vulve infiltrée et hypertrophiée au point de se prêter insuffisamment à l'ampliation nécessaire pour le passage de la tête fœtale.

Pour le fœtus le pronostic est encore plus réservé. L'accouchement se fait en général prématurément. Il eut lieu au bout de sept mois dans les observations de Putegnat, de Fasola, de Chiarleoni; au bout de huit mois dans notre cas et dans celui de Doléris.

La survie des enfants est donc précaire à cause de leur âge peu avancé. En outre les dangers que court le fœtus sont d'autant plus grands que la rigidité est

plus accentuée, plus persistante et que le travail est plus long. La rupture des membranes étant prématurée, la compression énergique et prolongée due aux contractions violentes de l'utérus met en danger la vie du fœtus. D'autre part l'infection possible du liquide amniotique est une cause très sérieuse de mort pour l'enfant.

En outre la syphilis héréditaire possible assombrit encore le pronostic. C'est ainsi que l'enfant dont parle Doléris ne portait à sa naissance aucune lésion visible sauf une coloration violacée ecchymotique des talons, mais sans soulèvement de l'épiderme. Au bout de huit jours il présentait au niveau des talons, et de chaque côté une papule qui s'ulcéra rapidement. Cette hérédo-syphilis n'est cependant pas certaine car l'affection n'a pas encore eu le temps d'agir sur tout l'organisme maternel. C'est ainsi que dans notre observation le fœtus pesait 2.170 grammes et le placenta 360 grammes. Mais si la femme redevient enceinte l'enfant sera contaminé et le placenta présentera les lésions de la spécificité, il sera lourd et profondément divisé.

Nous devons noter également qu'une ou même deux opérations successives (incisions et forceps) sont souvent nécessaires. Or nous savons que les accouchements dont les suites sont les plus simples sont ceux qui n'ont exigé aucune intervention. Dans quelques-uns de nos cas l'enfant était mort avant la naissance, dans d'autres il vécut un jour ou deux. Seuls quelques-uns purent survivre. Les cas de mort sont imputables plus aux interventions et à la longueur du travail qu'à l'hérédo-syphilis.

TRAITEMENT

La conduite à tenir varie suivant l'époque à laquelle le médecin examine la malade. Si, appelé près d'une femme qui n'est pas encore à terme, on constate des lésions spécifiques sur le col ou sur une partie quelconque des organes génitaux, on doit immédiatement instituer le traitement antisyphilitique mercuriel et avoir recours aux irrigations vulvo-vaginales. L'observation de Doléris semble en effet prouver que le travail est facilité par le traitement. La dilatation, quoique lente à se produire, se fit cependant sans nécessiter aucune intervention. Dans notre observation, M. le professeur Pinard fit prendre également du mercure à la malade ; mais on doit constater que la femme ne vint à la clinique Baudelocque que douze jours avant son accouchement. Le traitement fut donc suivi pendant un trop court espace de temps pour donner un résultat appréciable. Si notre observation n'est pas convaincante à ce point de vue, celle de

M. Doléris prouve que sous l'influence du mercure les manifestations diathésiques disparaissent en partie dans l'intervalle de quelques semaines. Ce résultat donne à penser que le traitement aurait exercé une action résolutive sur le chancre si on avait pu l'employer pendant un laps de temps plus considérable. On ne devra donc pas hésiter à soumettre la malade au traitement dès la constatation des lésions.

Mais le médecin n'est souvent appelé qu'au début du travail ; quelquefois même la femme souffre depuis plusieurs heures sans que la dilatation ait fait quelque progrès. Dans ce cas, si le diagnostic est bien établi, on ne doit pas perdre trop de temps à essayer une thérapeutique qui restera sans succès. Les moyens médicaux, tels que les bains, les irrigations émollientes, les onctions belladonnées appliquées sur le col, le chloral, le chloroforme ne donneront aucun résultat. Tous ces moyens peuvent réussir dans les cas de rigidité spasmodique, mais restent sans succès dans les cas de rigidité syphilitique.

Les moyens ordinaires de dilatation par l'écarteur à trois branches de Tarnier ou le ballon de Champetier, ne sont guère plus utiles. Ces moyens, très précieux et très efficaces quand il s'agit de rigidité due à l'inertie utérine, ne doivent pas nous arrêter longtemps, car ils ne peuvent rien ou peu de chose contre une rigidité spécifique.

Il faut donc avoir recours à une intervention opportune. On commence par faire une antisepsie très sévère des organes génitaux, puis on pratique des inci-

sions sur la partie du col que la dilatation ne peut vaincre. « Mais les incisions superficielles, profondes de 2 ou 3 millimètres et multipliées plus ou moins, sont à rejeter, car elles sont tout à fait insuffisantes et elles exposent beaucoup plus que de profondes incisions aux déchirures étendues du vagin et du segment inférieur... Il faut faire des incisions profondes comprenant toute l'épaisseur du col jusqu'à son insertion vaginale... Leur nombre variera avec l'état de la dilatation. Celle-ci est-elle en partie faite, (3 ou 4 centimètres) deux incisions latérales suffiront. La dilatation commence-t-elle à peine, quatre incisions seront nécessaires, deux latérales, une antérieure, une postérieure... Il n'est pas besoin d'attendre que des indications urgentes maternelles ou fœtales nécessitent cette intervention. Dès que la cause des difficultés est bien reconnue, il y a tout avantage à sectionner d'un coup de ciseaux, avec ou sans anesthésie de la parturiente, les portions du col qui résistent et à abandonner l'accouchement à la nature. » (Blanc, *Archives de totologie*, 1891).

Les incisions seront pratiquées au bistouri boutonné ou aux ciseaux. Du fait de cette intervention on peut obtenir une ouverture suffisante pour l'expulsion de l'enfant soit spontanée, soit par une application de forceps. Quel que soit le cas, il convient de ne pratiquer l'extraction que très lentement. On aura soin également de prescrire souvent des injections prolongées, chaudes à 48° entre la paroi utérine et la tête fœtale.

Maygrier trouve les incisions dangereuses car, d'une part, dit-il, elles peuvent s'étendre au loin et gagner

le corps de l'utérus, de l'autre, elles ouvrent une porte à l'infection chez une femme que son état de fatigue prédispose aux accidents septiques. Mais un accoucheur soigneux, s'entourant d'une antisepsie rigoureuse, évitera toujours l'infection puerpérale. En outre, Blanc affirme que les incisions profondes et peu nombreuses ne donnent jamais lieu à une déchirure utérine.

L'hémorrhagie consécutive aux incisions ne sera jamais grave à moins qu'une déchirure ne se soit produite sur le vagin ou le segment inférieur de l'utérus. On la combattra par les injections vaginales chaudes. Après l'accouchement la suture du col est inutile dans la plupart des cas. On devra cependant l'employer si une hémorrhagie grave vient à se produire.

M. le professeur Pinard recommande de chercher pendant le travail à délimiter aussi exactement que possible l'étendue de l'induration. Il conseille, toutes les fois que l'induration ne dépassera pas le col, de faire des incisions en nombre suffisant, pour que les bords de l'orifice utérin présentent à la pression exercée par la tête fœtale une résistance égale en tous leurs points. De cette façon l'effort ne porte pas sur la même partie du col. Mais si les incisions permises n'arrivent pas à atteindre la limite des tissus malades il faut pratiquer la laparotomie et ouvrir l'utérus. « Si notre malade avait été à terme et si le fœtus avait paru plus considérable, je n'aurais pas hésité à pratiquer l'opération de Porro ». — Pinard, *Clinique obstétr.* avril 1899.

Malgré les incisions, il peut arriver que la dilatation ne se produise pas. Si l'enfant est vivant, on doit recou-

rir à l'opération césarienne ou même à l'opération de Porro. Si l'enfant est mort, on pratique l'embryotomie ou la basiotripsie, mais dans ce cas seulement, car ces opérations ne doivent jamais se faire sur un enfant vivant.

Les suites de couches sont normales. Les incisions du col se cicatrisent rapidement au point que toute lésion appréciable disparaît au bout de quelques jours. Il est bien entendu que la femme doit continuer le traitement mercuriel et ioduré après l'accouchement, pendant le temps nécessaire, même après la disparition des accidents.

CONCLUSIONS

1° Le chancre syphilitique peut exister sur le col de l'utérus au moment de l'accouchement ;

2° Le chancre de l'utérus gravide a une durée plus grande qu'en dehors de la grossesse ;

3° L'induration qui l'accompagne est une cause de rigidité des bords de l'orifice utérin ;

4° Cette rigidité est facile à reconnaître par les lésions syphilitiques secondaires qui l'accompagnent et par ses caractères objectifs ;

5° Si la syphilis est reconnue pendant la grossesse, il faut instituer immédiatement le traitement mercuriel ;

6° Les moyens médicaux et les dilatateurs employés se sont montrés inefficaces à vaincre cette résistance.

On doit avoir recours le plus tôt possible aux incisions du col ;

7° Cette opération est bénigne. Si elle ne suffit pas, il faut pratiquer l'opération césarienne ou l'opération de Porro.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,
PINARD.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- M^{me} Lachapelle.* — Pratique de l'art des accouchements, 10^e Mémoire, 1825.
- Godefroy.* — Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, 1862.
- Putegnat.* — Quelques faits d'obstétricie. Paris, Bruxelles, 1871.
- Stoltz.* — Art. dystocie du dictionnaire Jaccoud.
- Chiarleoni.* — Annali univers. di medicina, Milan, 1873.
- Fournier.* — Leçons sur la syphilis chez la femme, 1873.
- CertanESCO.* — Th. de Paris, 1875.
- A. Martin.* — Annales de gynécologie, 1877.
- Welponer.* — Centralblatt für gynæk, 1881.
- Mracek.* — Centralblatt für gynæk, 1881.
- Martinetti.* — Annali di ostetricia, 1883.
- Chiara et Martinetti.* — Annali di ostetricia, 1884.
- M^{me} Mesnard.* — Th. de Paris, 1884-85.
- Doléris.* — Archives de Tocologie, 1885.
- Fasola.* — Annali di ostetricia 1886.
- Doléris.* — Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie 1887.
- Toledo.* — Th. de Paris, 1890.
- Blanc.* — Archives de Tocologie, 1891.
- Lecamus.* — Th. de Paris, 1891-92.
- Tarnier.* — Journal des sages-femmes, 1893.
- Maygrier.* — Leçons de clinique obstétricale, 1893.
- Martin.* — Normandie médicale, 1896.
- Pinard.* — Clinique, avril 1899.
- Jullien.* — Traité des maladies vénériennes

Paris. — Jouve et Boyer, imp. de la Faculté de Méd., 15, rue Racine.

